



► **LA SANTÉ DANS LE DÉBAT DES ÉLECTIONS
PRESIDENTIELLES ET LEGISLATIVES DE 2012**

Orientations de la Mutualité Française pour un système
de santé plus juste, plus efficace et pérenne



SOMMAIRE

Introduction p.3

Orientations p.5

Les orientations de la Mutualité Française sont articulées autour de trois objectifs, avec un préalable.

▶ **UN PREALABLE : REFORMER EN PROFONDEUR
LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE** p.6

OBJECTIFS :

▶ **POUR UN SYSTEME DE SANTE PLUS JUSTE** p.8

▶ **POUR UN SYSTEME DE SANTE PLUS EFFICACE** p.10

▶ **POUR UN SYSTEME DE SANTE PERENNE** p.13



INTRODUCTION

La Mutualité Française, dans un contexte de risque de détérioration de la qualité de l'accès aux soins et de dégradation du financement de l'ensemble de la protection sociale, entend participer activement à l'alimentation des débats des échéances électorales de 2012, les questions relatives à la santé en constituant un enjeu majeur.

Le déficit prévisionnel pour 2011 de l'assurance maladie avoisine une nouvelle fois les 10 Md€. Cette situation d'insécurité financière entraîne une indiscutable fragilisation du socle solidaire de l'assurance maladie obligatoire. En d'autres termes, la pérennité du financement de l'assurance maladie n'est plus assurée. Le choix réitéré d'un financement des dépenses de santé par la dette, les effets pervers de certaines stratégies de maîtrise des dépenses, mal préparées ou trop partielles, le manque d'ambition et de constance dans l'action sur les recettes appellent à un changement d'échelle. Il est devenu urgent de définir les ressources nécessaires au financement de la protection maladie. Ce point essentiel, qui appelle des engagements fermes et une mobilisation sans défaut, doit accompagner toute réforme du système de santé. La Mutualité propose à ce titre plusieurs axes d'évolutions possibles.

Au-delà du risque « systémique » relatif au financement de la protection sociale, la Mutualité souhaite, dans le cadre de sa plate-forme 2012, mettre en lumière un faisceau de problèmes, lourds, récurrents et tous intimement liés entre eux, pour lesquels les signaux d'alarme se font de plus en plus pressants :

- **L'effritement du fait solidaire** dans notre système mutualisé de protection sociale maladie.
- **Les risques d'impossibilité d'assurer une égalité réelle d'accès aux soins**, dans des conditions financières raisonnables pour tous les assurés sociaux.
- **Le nécessaire besoin d'une recherche de l'efficacité des prises en charge**, c'est-à-dire d'un rapport coût/efficacité satisfaisant et l'assurance que tous les moyens à disposition pour optimiser ce rapport sont mobilisés.
- **Le besoin d'une réaffirmation que notre système de santé est bien centré sur ses usagers** et sera en capacité de répondre à leurs nouveaux besoins, à les informer et les orienter pour en faire des acteurs éclairés et responsables.

La présente résolution, adoptée par l'ensemble des mutuelles adhérentes à la Fédération, établit donc un certain nombre de constats, précise les enjeux propres aux mutuelles, et enfin présente des axes de réformes du système de protection sociale afin donc de participer activement aux débats de l'année 2012.

Le montant des déficits accumulés dans les comptes de la CADES s'élève à 136,6 Md€. Dans un relatif silence et avec une certaine perte de conscience de ce que signifient ces chiffres, notre système de santé est depuis de trop longues années dans une réelle situation d'insécurité financière, qui entraîne une indiscutable fragilisation du socle solidaire de l'assurance maladie obligatoire. Laisser filer les déficits, c'est mettre en danger le socle même de la protection sociale obligatoire, à laquelle la Mutualité Française est profondément attachée.

Fort de l'expérience de terrain et partenaire de gestion devenu incontournable, la Mutualité Française a établi un diagnostic qui s'appuie sur des travaux faisant autorité, dont les conclusions traduisent bien souvent des préoccupations proches de celles du mouvement mutualiste : souci de justice, objectif d'efficacité et d'efficience, et recherche des voies et moyens de la pérennité financière.



Premier constat, qui jette d'emblée une ombre sur le tableau d'ensemble, la pérennité du financement de l'assurance maladie n'est plus assurée. Le choix réitéré d'un financement des dépenses de santé par la dette, les effets pervers de certaines stratégies de maîtrise de dépense, mal préparées ou trop partielles, le manque d'ambition et de constance dans l'action sur les recettes appellent à un changement d'échelle. Il est devenu urgent de définir les ressources nécessaires au financement de la protection maladie. Ce point essentiel, qui appelle des engagements fermes et une mobilisation sans défaut, doit accompagner toute réforme du système de santé. On ne réglera toutefois rien si on se contente d'injecter des recettes nouvelles.

Le système de santé souffre du cumul de problèmes lourds, récurrents, pour lesquels les signaux d'alarme se font de plus en plus pressants.

Le premier de ces problèmes tient à l'effritement du fait solidaire dans notre système mutualisé de protection sociale maladie.

Une seconde préoccupation, qui en découle, a trait à la possibilité d'assurer une égalité réelle d'accès aux soins, dans des conditions financières raisonnables pour tous les assurés sociaux.

Le troisième défi, lié au précédent, car c'est là une exigence fondamentale d'un système solidaire, est la recherche de l'efficacité des prises en charge, c'est-à-dire d'un rapport coût/efficacité satisfaisant et l'assurance que tous les moyens à disposition pour optimiser ce rapport sont mobilisés.

Enfin, un dernier enjeu tient dans la confirmation que notre système de santé est bien centré sur ses usagers et se trouve en capacité de répondre à leurs nouveaux besoins, à les informer et les orienter pour en faire des acteurs éclairés et responsables.

Ce diagnostic témoigne des difficultés auxquelles est confronté le système français de santé. Les évolutions sont, non pas inexistantes, mais lentes et insuffisamment en phase avec l'évolution des contextes et des besoins. Accaparé par des préoccupations de financement et le poids de la gestion quotidienne de l'organisation des soins, le système de santé peine notamment à intégrer des enjeux nouveaux, liés à l'environnement de vie et de travail. Sa capacité à prendre en compte ces enjeux nouveaux est un test important de crédibilité. C'est à l'aune de cette capacité d'adaptation à des besoins nouveaux que le caractère durable de notre système de santé pourra être apprécié.

Les actions à entreprendre rencontrent également des résistances, leur conception et leur mise en œuvre peut se trouver freinée, voire annulée, par une certaine passivité des décideurs, une trop grande prudence des opérateurs ou des co-financeurs. Mais, il faut constater aussi que la santé n'est plus un sujet traité comme il le mérite par les partis politiques.

Les mutuelles ont vocation à prendre toute leur part pour évoluer vers un système de santé plus juste et plus efficace, une fois son financement assuré. Seule une action conjointe des professionnels de santé, de l'assurance maladie, des assureurs complémentaires et des pouvoirs publics munis d'outils efficaces pour avancer ensemble permettra de cheminer vers cet objectif.



ORIENTATIONS

La constitution de 1946 garantit « à tous la protection de la santé ». Or aujourd'hui pour que ce droit s'applique réellement, l'assurance maladie obligatoire ne suffit plus.

Pour que ce droit soit une réalité dans les faits, il faut que chacun puisse avoir accès à une complémentaire santé, à une mutuelle. Ce droit comme partie intégrante du droit à la santé doit respecter des règles d'utilité collective. Les organismes y contribuant doivent alors avoir des capacités propres d'agir, qu'il s'agisse de la qualité ou du prix des soins.

Le droit à la complémentaire santé ne doit pas être un droit formel. C'est un droit qui doit se traduire par l'accessibilité et la qualité de la protection complémentaire.

Cette capacité de tous à accéder aux soins tant par l'assurance maladie obligatoire que par l'assurance maladie complémentaire est au cœur des orientations de la Mutualité Française pour 2012. Ces orientations nécessitent un préalable, le financement de l'assurance maladie obligatoire, socle de notre protection sociale. Elles doivent permettre d'aller vers un système de santé plus juste, plus efficace et plus pérenne.



► **POUR UNE REFORME DU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE** : maîtriser les dépenses est indispensable mais ne suffira pas à couvrir les besoins de financement.

Dès lors, l'absence de réforme structurelle du financement de la protection sociale obligatoire met en péril l'existence même de notre système de santé et le principe de solidarité - entre les générations, entre les biens portants et les malades, entre les riches et les pauvres - qui le fonde.

La réforme du financement de la protection sociale obligatoire apparaît urgente. Il en va de la pérennité de notre système de santé et de la garantie de l'application du principe de justice. Cette réforme doit restaurer l'efficacité des prélèvements sociaux mise à mal par les nombreuses exonérations de cotisations sociales et exemptions d'assiettes.

1. Sortir de la spirale de l'endettement

L'importance de la dette sociale accumulée (136 Md€) rend impérieuse l'augmentation du taux de la CRDS pour rembourser plus rapidement et plus solidairement les déficits versés à la CADES.

2. Assurer les financements publics nécessaires à la pérennité du système de protection sociale et en particulier de l'assurance maladie

Les financements publics doivent consolider le socle de la protection sociale obligatoire, en particulier en ce qui concerne la compensation de la perte d'autonomie. Par ailleurs, la CSG et la limitation des exonérations et des exemptions d'assiette de cotisations sociales doivent être utilisées pour augmenter les recettes de l'assurance maladie obligatoire.

3. Redonner à la CSG ses ambitions d'origine

La CSG doit être réformée en la rendant progressive par l'introduction de taux différenciés par tranches et revenus. Il convient au préalable que les éléments qui la rendent partiellement dégressive, comme la déductibilité de la base de l'impôt sur le revenu, soient supprimés.

4. Diversifier et renforcer le caractère solidaire du financement de la protection sociale

Cette diversification et ce renforcement du caractère solidaire du financement de la protection sociale devraient être amplifiés par un élargissement de l'assiette des cotisations sociales. La Mutualité Française préconise le prélèvement de cotisations sociales sur tout ou partie des autres éléments de la valeur ajoutée, par exemple sur la part des profits qui ne sont pas réinvestis après impôt et non plus uniquement sur les salaires.

Elle considère en revanche que toute augmentation de la TVA en compensation d'une baisse des cotisations sociales, autrement dit toute « TVA sociale », doit être rejetée.



5. Limiter les dispositifs qui diminuent le rendement du prélèvement social, notamment les exonérations et les exemptions d'assiette

Aujourd'hui, l'efficacité du prélèvement social est remise en cause par l'importance des dispositifs dérogatoires, que ce soient les exonérations de cotisations sociales, les exemptions d'assiette, parfois injustes, et les différences de taux. Il faut agir avec discernement pour réformer ces dispositions dans un sens plus sélectif et moins coûteux pour les finances publiques. Plusieurs exemptions d'assiette en particulier doivent être davantage réduites, voire supprimées, notamment quand elles relèvent en fait de la politique de rémunération des entreprises, quand elles bénéficient à un nombre limité de personnes et quand elles introduisent des disparités contestables entre actifs et retraités.

Ces mesures de financement constituent un pan à part entière de la réforme du système de santé mais qui doit être nécessairement accompagné de transformations sur les rôles et les responsabilités de chacun des acteurs ainsi que d'une amélioration de l'organisation des soins. Sans réforme structurelle du système de santé, les mesures de financement n'apporteraient qu'une solution temporaire, l'argent injecté dans le système serait rapidement capté sans effet durable.



► POUR UN SYSTEME DE SANTE PLUS JUSTE

Replacer l'égalité et la justice au cœur du système de santé c'est agir pour favoriser l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité. Pour cela, la Mutualité propose d'agir au travers de deux leviers : l'accès à une complémentaire santé dans des conditions équitables et la disponibilité effective des soins en termes de prix et de localisation géographique.

6. Définir une concertation sur les rôles respectifs de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'assurance maladie complémentaire (AMC)

La question de l'accès à la complémentaire santé paraît indissociable d'une réflexion plus globale sur **le rôle et les responsabilités** de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires d'assurance maladie. Une large concertation doit être ouverte, dans des conditions de dialogue constructif afin que chacun puisse prendre ses responsabilités. Il faudra définir le périmètre d'intervention des différents financeurs et des outils nouveaux, ou fortement modernisés, permettant la co-régulation. Ce n'est qu'à ces conditions que les mutuelles de la Mutualité Française pourront s'engager dans la mise en œuvre de leurs propositions.

Une telle concertation devrait notamment permettre de définir la place qui doit être celle des organismes complémentaires dans les orientations qui sont données aux dispositifs CMU complémentaire et Aide à la complémentaire santé (ACS) et de décider d'un rôle décisionnaire en cohérence avec la part qui est la leur dans le financement de ces dispositifs.

7. Faire de l'accès à la complémentaire santé solidaire un droit pour tous

L'objectif de justice passe par **le droit de tous à la protection complémentaire santé solidaire**.

Tout en réaffirmant la prépondérance incontestable de l'assurance maladie obligatoire, force est de constater que l'accès aux soins dans des conditions satisfaisantes dépend désormais de la protection complémentaire santé.

Un droit à la protection complémentaire santé solidaire implique de renforcer son accessibilité. Les conditions d'accès aux différents dispositifs à destination des ménages à revenu modeste (la couverture maladie universelle, de base et complémentaire, l'aide à la complémentaire santé...) doivent être ainsi simplifiées. Un effort d'harmonisation est à mener pour que ces aides soient pleinement efficaces. Parallèlement, des actions d'information et d'accompagnement des publics concernés doivent être développées.

Le manque de cohérence entre les dispositifs CMUC et ACS engendre des situations injustes : deux personnes ayant des revenus très proches, mais dont l'une bénéficie de la CMU-C et l'autre de l'ACS, sont traitées de façon très différentes, tant en terme de coût des soins restant à leur charge que de coût de la couverture. La Mutualité demande l'engagement de l'Etat dans les recettes du Fonds CMU de façon à financer l'amélioration de l'articulation entre ces deux dispositifs qui relèvent de la solidarité nationale.

Les aides aux ménages modestes dans la détention d'une couverture complémentaire santé doivent de plus prévoir des **dispositions spécifiques à la prise en charge de la dépendance**.



8. Développer les conventionnements alliant qualité et prix

Pour améliorer l'organisation du système, et garantir l'accès aux soins, il est indispensable que les mutuelles puissent conventionner et différencier leurs remboursements en fonction des accords conclus avec les professionnels de santé. Pour cela les mutuelles doivent définir un socle commun de prestations à tarifs négociés. Le mouvement mutualiste s'est déjà engagé dans cette démarche avec le lancement du conventionnement hospitalier mutualiste.

Une alternative à la généralisation de logique de marché qui engendre augmentation des coûts et mauvais résultats de santé publique **est le développement de conventionnements qui allient qualité et prix**, avec les professionnels de santé et non contre eux. Dans ce cadre, les services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM) peuvent servir d'offre de référence.

Cela est possible dès lors que s'engagent au niveau national de véritables négociations tripartites dans les domaines où l'intervention des mutuelles est la plus significative. Ces conventions nationales constitueront le cadre dans lequel la liberté contractuelle des mutuelles et des professionnels pourra s'exercer sereinement, en évitant les faux débats et procès d'intention.

Ces négociations conventionnelles doivent être initiées en priorité dans les secteurs pour lesquels l'accès aux soins pose le plus de difficultés. Les assurances maladie complémentaires doivent y être systématiquement associées. A titre d'exemple, il faut, dans le cadre de la négociation tripartite conventionnelle à venir, redéfinir les conditions de rémunération des chirurgiens dentistes libéraux et la répartition des rôles entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, aujourd'hui marginalisée.

La mise en œuvre des éléments énoncés ci-dessus est indispensable pour que les mutuelles puissent contribuer activement à un système de santé plus juste.

9. Accentuer le principe de justice qui définit le modèle des garanties complémentaires

Par leur opposition à la hausse de la taxe sur les conventions d'assurance, les mutuelles de la Mutualité Française ont exprimé leur refus de la dérégulation de l'assurance maladie complémentaire qui va clairement à l'encontre des objectifs de justice et d'efficacité. Il faut au contraire des règles pour étendre la solidarité au-delà du champ de l'assurance maladie obligatoire.

Sans un dispositif régulé pour l'ensemble des acteurs de la complémentaire santé, la solidarité restera limitée. Le niveau des garanties et la maîtrise des écarts tarifaires doivent être mis au service d'une réelle solidarité entre actifs et non actifs et entre générations avec une attention particulière portée aux populations jeunes.

La solidarité promue par la Mutualité est aujourd'hui mise à l'épreuve par plusieurs mouvements de fond. Du fait des politiques publiques, les contraintes de financement qui pèsent sur le régime obligatoire ont des conséquences lourdes pour les mutuelles. Par ailleurs, les dernières décennies ont été marquées par la montée en puissance d'une société des mobilités : mobilités professionnelles au sein des entreprises ou entre entreprises, mobilités géographiques, chômage, précarité de l'emploi, en particulier pour les personnes jeunes et les personnes peu qualifiées. Mais aussi changement de statut marital, recomposition des familles. Ces mobilités, ces transitions, conduisent parfois à des ruptures de solidarité trouvant leur source dans le parcours professionnel ou de vie de chacun. Les mutuelles de la Mutualité Française entendent trouver des réponses à ces ruptures notamment en renforçant des **mécanismes de mutualisation et les solidarités intergénérationnelles. A ce titre, le mouvement mutualiste s'interroge sur la possibilité de création d'un fonds de mutualisation entre actifs et retraités ou encore sur la modulation de la fiscalité (par exemple la contribution au Fonds CMU) en fonction du profil de la population couverte.** Il faut également agir en développant l'information des assurés qui connaissent ces périodes de transition.



► POUR UN SYSTEME DE SANTE PLUS EFFICACE

Les acteurs du système de santé délivrent des soins de qualité. Les Français y sont attachés. Pourtant, son organisation est perfectible comme l'illustre régulièrement l'actualité et des cas comme celui du Médiateur entament la confiance dans le système de santé. En outre, des transformations sociologiques et techniques sont à l'œuvre tant du côté des professionnels de santé que des patients.

L'ensemble des acteurs du système de santé doit prendre ses responsabilités pour améliorer l'efficacité du système. Les mutuelles sont prêtes à prendre les leurs.

10. Organiser une prise en charge améliorée au service des patients, en définissant une offre de soins de premier recours

En matière d'organisation des soins, la Mutualité Française considère que la médecine de premier recours doit être confortée, tant dans son modèle d'organisation que dans le rôle dévolu au médecin traitant. La télémédecine doit être un levier de cette réorganisation de l'offre de soins notamment en matière de coopération professionnelle.

L'organisation des soins de premier recours doit s'articuler autour de professionnels de santé coordonnés entre eux. Cette organisation regroupée doit ainsi favoriser la continuité des prises en charge, la synergie entre les différents acteurs. Les efforts de tous, qu'il s'agisse des financeurs du système de santé, des pouvoirs publics, des professionnels de santé doivent concourir à l'émergence d'une médecine de premier recours efficace, préventive et reconnue comme axe central de l'organisation du système de santé. Elle doit ainsi permettre de recentrer résolument l'hôpital sur les soins de haute technicité.

Dans cette organisation renouvelée, le médecin traitant doit voir son rôle de pivot conforté dans la prise en charge des patients. Les partenaires conventionnels devront définir précisément les missions du médecin traitant dans le parcours de soins et y associer une rémunération spécifique conditionnée à l'effectivité du service. Pour y parvenir, la convention nationale des médecins libéraux doit encourager la structuration du parcours de soins. La collectivité ne peut plus disperser sa capacité d'investissement en saupoudrant ses efforts sur l'ensemble des acteurs comme cela a été trop souvent fait.

La coopération entre professionnels de santé et la délégation de tâche pourraient être promues via les accords inter professionnels.

La formation initiale des internes et notamment la répartition entre spécialistes et généralistes doit tirer les conséquences de cette nouvelle organisation. La Mutualité Française peut y contribuer en favorisant l'accueil des internes (médecins, chirurgiens dentistes) dans les SSAM.

Une fois les soins de premiers recours organisés, l'hôpital ne doit plus être la porte d'entrée dans le système de santé. La Mutualité Française demande une redéfinition du rôle des établissements de santé. Cette redéfinition a comme préalable l'organisation de la permanence des soins, afin de désengorger les urgences hospitalières. Elle doit aussi améliorer la coordination des soins entre les soins de ville, l'hôpital et le médico-social. Il faut créer un nouveau métier pour organiser la sortie d'hospitalisation en lien avec le patient et son entourage, les professionnels de santé de ville, les structures d'accueil, le cas échéant les services sociaux. Cet effort sur la coordination des soins est d'autant plus nécessaire que la chirurgie ambulatoire se développe. La Mutualité soutient le développement de cette modalité de prise en charge qui doit être accessible à tous tant



financièrement qu'en termes d'accompagnement. Elle propose d'étendre le dispositif des CLIC à d'autres populations que les personnes âgées ou en situation de handicap (MDPH).

La Mutualité Française rappelle son attachement au principe des missions d'intérêt général hospitalier. Elle exige que tous les moyens soient mis en œuvre pour permettre aux établissements de santé de les remplir dans des conditions satisfaisantes. Les contraintes liées au respect des tarifs opposables doivent être prises en compte dans le statut des Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), notamment par le financement des missions d'intérêt général (MIGAC). Ceci n'est possible que si un recentrage sans concession de l'hôpital sur les missions liées à la technicité des soins est effectué.

11. Rendre la prescription des produits de santé plus sûre et efficiente

La politique des produits de santé est un domaine dans lequel la Mutualité a exprimé de longue date ses propositions. **La politique du médicament attend toujours sa vraie réforme**, afin de faire du progrès médical le critère des autorisations de mises sur le marché et de la réévaluation de la pharmacopée une étape obligatoire de la vie du médicament. Il est nécessaire pour cela de créer une structure publique consacrée à la vie du médicament une fois son autorisation de mise sur le marché obtenue et d'intégrer la pharmacovigilance et l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription dans les relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. La préservation de la santé publique passe par le suivi et l'analyse des prescriptions en dehors de celles prévues par l'autorisation de mise sur le marché. Elle suppose la mise en place d'un financement public de la formation continue des professionnels de santé et la mise à disposition du grand public d'un portail avec l'ensemble des données publiques disponibles pour une meilleure information sur les maladies et les traitements.

La lutte contre les phénomènes de rente doit passer par une vraie politique du prix du médicament comme l'a récemment démontré la Cour des comptes. Il est urgent de faire réduire le nombre de catégories de service médical rendu (SMR) et de faire coïncider le taux de remboursement des médicaments avec le niveau de SMR. Un taux de remboursement à 15% n'a plus sa place dans des catégories de SMR rénovées. L'Etat doit passer des conventions non plus directement sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques mais produit par produit. La généralisation de l'utilisation de la Dénomination Commune Internationale doit s'imposer. Les SSAM prescripteurs, comme les pharmacies mutualistes doivent jouer un rôle actif.

La Mutualité doit poursuivre son action pour l'accès aux CIP.

12. Agir pour une accessibilité territoriale et financière aux professionnels de santé

La disponibilité de l'offre de soins constitue un enjeu national tant sur la dimension géographique que sur son accessibilité financière. Les décisions prises en la matière sont structurantes pour l'organisation et la délivrance des soins. Pour remédier aux inégalités dans l'accès aux soins, la Mutualité Française préconise une meilleure répartition territoriale des professionnels de santé, les mesures incitatives devant être complétées par des mesures plus contraignantes si elles s'avèrent insuffisantes. Cette meilleure répartition pourrait être complétée par l'utilisation des nouvelles technologies et le développement de prises en charge et de diagnostic à distance.

L'accessibilité géographique ne suffit pas, encore faut-il que les prestations de santé soient économiquement accessibles. Le mouvement mutualiste dénonce les pratiques de tarifs excessifs nuisant à l'accès aux soins des patients. Il propose de mettre fin aux situations de rente notamment dans le secteur des biens médicaux et aux facturations de dépassements d'honoraires élevés. Cette exigence relève de l'intérêt public. Elle est la condition pour définir un cadre de régulation tarifaire qui permette de retrouver une opposabilité à laquelle les mutuelles peuvent contribuer à des conditions précises. Sur ce point, il est vain de penser que la mise en place d'un secteur « optionnel » soit utile sans la remise en cause du secteur à honoraires libres tel qu'il existe aujourd'hui. Une opposabilité nouvelle organisée par les assurances maladie obligatoire et complémentaire ne peut s'accompagner durablement de la subsistance de dépassements excessifs dans le cadre conventionnel.



La Mutualité Française est légitime pour participer à la mise en place d'une offre de soins de premier recours regroupant plusieurs catégories de professionnels de santé par la promotion de centres de santé médicaux polyvalents et/ou dentaires mutualistes, économiquement équilibrés. Elle peut également contribuer à la création et au fonctionnement de maisons et pôles de santé à travers des partenariats avec les collectivités territoriales et les professionnels de santé.

13. Améliorer les prises en charge des malades chroniques ou des personnes en situation de handicap en soutenant la place des services innovants

La Mutualité Française soutient la mise en place de services innovants pour améliorer notamment l'efficacité de la prise en charge des malades chroniques. Le mouvement mutualiste propose d'accompagner le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient dans le secteur ambulatoire afin de les rendre accessibles le plus tôt possible et d'impliquer le patient tout au long de sa maladie. Cette dynamique ne trouvera écho et réussite que si le financement des actions d'ETP est garanti par les pouvoirs publics et si professionnels de santé et patients sont sensibilisés à l'intérêt de l'éducation thérapeutique.

Le déploiement de l'innovation est également un gage d'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de handicap. Dans ce cadre, le mouvement mutualiste poursuivra le développement des plates-formes de détection et de réadaptation des troubles sensoriels.

Le mouvement mutualiste peut participer également au développement de nouveaux services mis en œuvre par les pharmaciens, en complémentarité avec les autres professionnels de santé, dans des conditions encadrées et transparentes. Les pharmaciens peuvent ainsi être des acteurs de premier recours (dépistage, relais politique et action de santé publique), dans la mesure où est opérée une révision de leur mode de rémunération.

Enfin, en s'appuyant sur son réseau de services et de soins d'accompagnement mutualiste, déjà investies sur les préoccupations de qualité et d'efficacité, les mutuelles peuvent expérimenter des actes protocolisés de télémédecine, et partager leur évaluation avec l'ensemble des acteurs.



► POUR UN SYSTEME DE SANTE PERENNE

La réforme du financement de la protection sociale obligatoire, l'apurement de la dette étant un impératif pour assurer la pérennité du système de protection sociale, doit aussi être l'occasion de repenser l'utilisation des ressources financières disponibles. Donner toute sa place à la prévention et la promotion de la santé, c'est aussi travailler à la pérennité et la solidarité de notre système de protection sociale pour les générations futures. Mais c'est un changement d'état d'esprit qui doit être opéré en associant pleinement la prévention et le soin ; ce changement ne sera possible qu'accompagné d'un effort pédagogique important, dans une perspective de développement de la démocratie sanitaire.

14. Donner à la prévention et à la promotion de la santé toute leur place dans les stratégies sanitaires et médico-sociales

Pour la Mutualité Française, les pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs doivent tout mettre en œuvre pour limiter les inégalités d'accès à la prévention. Les messages de prévention sont aujourd'hui davantage entendus, et intégrés dans la vie quotidienne, par les catégories de populations bien intégrées alors qu'ils échappent aux populations pour lesquelles les bénéfices attendus sont les plus grands. Il faut donc veiller à ce que la prévention ne creuse pas les inégalités de santé. Cette précaution doit se concrétiser par la mise en place d'actions simples et accessibles à tous, ciblées sur des populations particulières. Un objectif de réduction des inégalités sociales de santé doit être intégré dans toute action ou programme de prévention. Dans cet esprit, les programmes et actions menés devront être évalués en fonction des résultats obtenus au regard de cet objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

La prévention et la promotion de la santé doivent intervenir dès le plus jeune âge pour être intégrées parmi les automatismes quotidiens. Les actions de prévention laissant l'initiative aux familles ne permettent pas d'atteindre les populations qui ont les besoins de prévention les plus forts. Il apparaît donc plus pertinent et efficace en terme de couverture d'utiliser le milieu scolaire comme canal de diffusion des actions et messages de prévention et de promotion de la santé. L'ensemble des acteurs du système de santé doit développer, grâce à la médecine scolaire et ce, dès l'école maternelle, des actions de dépistage chez l'enfant. Le dépistage des troubles sensoriels est une priorité puisque ces troubles peuvent interférer avec le développement de l'enfant, retentir sur l'apprentissage. La complémentarité des actions entre les mutuelles, les unions régionales et les SSAM peut contribuer à apporter des solutions innovantes et efficientes.

Les mutuelles ont un rôle important à jouer dans l'accès aux actions de prévention et de promotion de la santé, en s'appuyant notamment sur *Priorité Santé Mutualiste*.

15. Développer les actions de prévention tout au long de la vie et pour tout type de perte d'autonomie

Les mutuelles poursuivront et amplifieront le développement de leurs actions de prévention tout au long de la vie et pour tout type de perte d'autonomie (liée au vieillissement et au handicap). Par exemple en accentuant leurs efforts et leurs actions sur des tranches d'âge ou des situations cruciales pour lesquels les besoins et les attentes sont les plus importants.



Très concrètement, il s'agit de :

- sensibiliser et informer les enfants sur le bon usage des médicaments et sur des notions simples de santé ;
- accompagner les parents sur le thème de la santé et de la parentalité ;
- développer des actions de sensibilisation et de prévention pour préserver l'autonomie et les liens sociaux et affectifs ;
- mener des actions destinées au suivi et à la prévention des conséquences d'une perte d'autonomie qui s'installe ;
- participer au développement d'actions de soutien aux aidants ;
- promouvoir les plates-formes sensorielles pour améliorer la prévention et la réadaptation pour les situations de déficiences visuelles et auditives dès 60 ans.

16. Agir en faveur de la protection de la santé des personnes dans leur environnement de vie et de travail

Par ailleurs, les toutes récentes annonces liées aux dangers de l'utilisation du Bisphénol A démontrent la nécessité d'appliquer aux problématiques liées à l'environnement de vie une dimension similaire à celle promue pour les médicaments. La Mutualité réclame donc le développement de la recherche dans le domaine des facteurs de risques liés à l'environnement d'origine physique, biologique ou chimique qui échappent aux comportements individuels et d'en garantir son indépendance. Cette recherche devra favoriser la pluralité de l'expertise pour en renforcer sa légitimité et sa pertinence. Les travaux devront prendre en compte les inégalités sociales face aux risques environnementaux.

A travers les contrats collectifs d'entreprise, les mutuelles entretiennent des relations fréquentes et privilégiées avec les employeurs, les responsables de ressources humaines et les acteurs sociaux. Dans ce cadre, la Mutualité rappelle son attachement à la garantie de l'indépendance des médecins du travail vis-à-vis des employeurs.

La déclaration des maladies professionnelles doit être sensiblement améliorée. Dans la mesure où elle est effectuée par le médecin traitant ou le médecin spécialiste, elle pourrait être améliorée en intégrant cet aspect dans la formation initiale et continue des médecins. C'est la voie que la Mutualité Française recommande d'emprunter.

A tous les âges et quelle que soit la situation personnelle et professionnelle, la pratique de l'activité physique doit être encouragée. En tant que facteur protecteur de la santé, l'activité physique doit être intégrée dans la démarche sanitaire y compris des malades chroniques. La Mutualité Française est d'ores et déjà engagée dans des programmes et des actions favorisant une alimentation saine, des activités physiques adaptées et un environnement de meilleure qualité. Elle s'engage à en faire la promotion et à en développer de nouvelles en fonction des besoins collectivement identifiés.

Pour la Mutualité Française, la revendication d'un droit à la complémentaire santé doit s'accompagner d'une évaluation sans concession du service social rendu par les mutuelles. La Mutualité va donc engager les travaux nécessaires à la définition d'un indicateur, le service social rendu à la collectivité. Cet indicateur devra intégrer plusieurs dimensions, touchant à l'accès aux complémentaires, la pertinence des prestations et des services, l'information des adhérents, la transparence sur les tarifications et les résultats.

Il sera construit après concertation avec l'ensemble des acteurs de la protection sociale et des représentants des usagers et des consommateurs de soins.
